Beiträge

zur

Hyperplasie der Decidua am Ende der Gravidität syphilitischer Frauen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

medicinischen Facultät

der

Universität Marburg

vorgelegt von

Marcus Reiss,

approbirtem Arzt aus Herbstein.

Giessen, 1885.

Curt v. Münchow, Universitäts-Buch- und Steindruckerei.

Litteraturangabe.

Virchow: V.'s Archiv XXI. S. 118.

Strassmann: Ueber eine eigenth. Hyperpl. d. Decidua. Monatsschr. f. Geb. 1862. XIX. 242—247.

Dohrn: Eine Beob. v. Hyperpl. deciduae polyp., ebendas. XXXI. S. 375.

Hegar & Maier: Beitr. zur Pathol. d. Eies. V.'s Archiv. lii. 161—192.

vom Hofe: Ueber Hyperpl. d. Decidua. Diss. Marburg 1869.

Vederer: Norsk magazin f. Lägevid. B. XXIV. S. 263.

Gusserow-Klebs: Monatsschr. f. Geb. B. XXVII. S. 321.

Winkler: Textur, Structur u. Zellleben i. d. Adnex. d. menschl. Eies. Jena 1870.

Küstner: Die Lösung d. Eihäute b. d. norm. Ausscheidung d. Nachgeburt. Berl. Klin. W. S. 1880. No. 2.

Derselbe: Arch. f. Gynaek. Bd. XIV. Heft 2.

Benicke: Ueber Chorionretent. Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr. I. B. S. 91.

Kaltenbach: Ueber Hyperpl. d. Decid. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. II. B. S. 223.

Dohrn: Ein Beitr. zur mikr. Anat. d. reif. m. Eihüllen. M. f. Geb. XXVI. H. 2.

Ahlfeld: Ueber Endometr. tuber.-polyposa. Arch. f. Gyn. B. X. Heft 1.

Derselbe: Berichte u. Arb. aus d. Geb.-Klinik zu Giessen. (I. B.)

Derselbe: Berichte u. Arb. aus d. Geb.-Klinik zu Marburg (II. B.).

Durch die Untersuchung von Abortiveiern, welche den früheren Schwangerschaftsmonaten entstammten, ist man seit länger als 20 Jahren bereits zur Kenntniss einer Decidualerkrankung gelangt, deren Typus seitdem durch eine Reihe analoger Befunde festgestellt ist. Es ist dies die von Virchow zuerst beschriebene „Endometritis decidualis" im engeren Sinne, d. h. eine Hyperplasie der peripheren Decidua, der Decidua vera resp. reflexa, wobei jedoch eine analoge Affection der mütterlichen Placenta nicht ausgeschlossen ist.

Je nach der Art des anatomischen Bildes hat man die verschiedenen Formen entweder einer „Endometritis decidualis diffusa" od. „Endometritis decidualis tuberosa", „papulosa", „polyposa", „cystica" beschrieben; die diffuse Form der Erkrankung complicirte die übrigen Arten derselben bei allen beschriebenen Fällen insofern, als das zwischen den Excrescenzen liegende Decidualgewebe ebenfalls stets im Zustande der Hyperplasie betroffen wurde.

Diese eigenthümliche Decidualhyperplasie, welche durch ihre Beziehungen zur Aetiologie des Abortus und auch in der ersten Zeit ihrer Entdeckung durch ihre Auffassung als specifisch luetische Erkrankung vielfach das Interesse der Geburtshelfer und Pathologen erregt

hat, ist, seitdem Virchow den ersten Fall veröffentlichte, durch eine Reihe von Autoren mit ähnlichem Befunde bestätigt worden. Es wurden derartige Fälle nach ihm von Strassmann, Gusserow-Klebs, Dohrn, vom Hofe, Vederer & Heyerdahl, Hegar & Maier, Ahlfeld mitgetheilt.

Aber nicht allein ihres specifischen Characters, den ihr anfänglich Virchow beilegte, wurde die Erkrankung durch die Fälle von Strassmann, Vederer & Heyerdahl und Gusserow beraubt, auch ihre Selbständigkeit und mithin ihren gefährlichen Einfluss bezüglich der Erregung von Abortus hat man neuerdings sehr in Zweifel gezogen. Nachdem schon bei Hegar & Maier in Hinsicht auf die gegenseitige Influenz von degenerirtem Foetus und hyperplastischer Decidua die Frage, ob der primäre Krankheitssitz immer in der Decidua liege, unentschieden gelassen wird, neigt Ahlfeld, der die letzten derartigen Fälle veröffentlichte, für seine Präparate wenigstens, sehr zu der Ansicht, dass es sich meist nur um eine untergeordnete Secundäraffection, bedingt durch das Absterben des Foetus, handle. Dass jedoch nicht für alle Hyperplasieen der Decidua der selbständige Character zu desavouiren ist, vielmehr gewisse locale oder durch Allgemeindyskrasieen bedingte Reizzustände als Ursache anzunehmen sind, wird bewiesen durch das Vorkommen eines analogen diffusen hyperplastischen Zustandes derselben am Ende der Gravidität bei ausgetragenen oder doch nahezu reifen und lebenden Früchten.

Derartige Veränderungen wurden von Hegar und von Kaltenbach mitgetheilt. Gerade für den practischen Geburtshelfer bietet gegenüber der analogen Erkrankung in den früheren Schwangerschaftsmonaten diese Affection ein vorwiegendes Interesse, denn sie kann den Verlauf der Geburt und besonders des Wochen-

bettes zu einem pathologischen gestalten und bedingt deshalb häufig ein prophylactisch-therapeutisches Eingreifen. Kaltenbach hat zuerst auf die Coincidenz dieser Decidualhyperplasie am Ende der Gravidität mit Syphilis aufmerksam gemacht und an seinen beschriebenen Fällen gezeigt, dass sich dieselbe durch Retention von Theilen der Decidua bei der Geburt und spätere Elimination derselben mit den Lochien manifestirt. Da die Verhaltung von Nachgeburtstheilen auch bei sonst physiologischer Geburt nicht gleichgültig ist, musste dieser Hinweis genügen, bei Geburten luetischer Mütter seither ein wachsameres Auge auf die Adnexe zu haben, und bei mehreren auf der geburtshülflichen Klinik zu Giessen beobachteten Fällen von Retention von Deciduatheilen bei syphilitischen Gebärenden konnte in der That eine Verdickung der später spontan oder manuell eliminirten Stücke constatirt werden. Durch die Güte meiner hochverehrten Lehrer, der Herren Professor Ahlfeld und Professor Kaltenbach, gelangte ich in den Besitz jener Abgänge, deren Untersuchung sowohl, wie auch der Verlauf der betreffenden Wochenbette mich in den Stand setzen, die folgenden Fälle im Anschluss an die Kaltenbach'schen, welche zu mehr Beobachtungen aufforderten, als weiteren Beitrag der Oeffentlichkeit zu übergeben. —

Wie bereits erwähnt, wurde der erste Fall von Hyperplasie der Decidua von Virchow beschrieben. Es gelangten bei ihm die durch frühzeitigen Abortus entleerten Eihäute einer 2—3monatlichen Frucht zur Untersuchung, welche auffällige Veränderungen darboten. Am foetalen Theile war nur eine kolben- oder cylinderförmige Entartung der Chorionzotten an der Placentarstelle zu constatiren; „sehr viel beträchtlicher war die Veränderung der mütterlichen Hülle, welche getrennt von dem eigentlichen Ei abgegangen war". Die Decidua

war zunächst auffällig verdickt, in wechselnder Weise von 1—4 Linien stark, und auf ihrer inneren Seite „mit grossen wie polypösen Auswüchsen besetzt". V. vergleicht dieselben mit Schleimpapeln oder Schleimtuberkeln. Die Entwicklung der ganzen Hyperplasie konnte mit blossem Auge an den siebförmig verdünnten Seitentheilen wahrgenommen werden. „Hier zeigte sich „stellenweise das zwischen den Drüsenlöchern gelegene „trabeculär ausgezogene Gewebe weisslich verdickt; „von solchen Stellen aus schritt die Verdickung und „Verdichtung nach und nach zu den stärkeren Schwel„lungen der hinteren und vorderen Wand und von diesen „zu den grösseren Papeln und Knoten fort."

Der mikroscopische Befund ergab Folgendes:

„Ueberall ist das interstitielle (interglanduläre) „Schleimhautgewebe im Zustande der ausgesprochenen „Hyperplasie. In einer schwachfaserigen Grundsubstanz „liegen grosse, stellenweise geradezu mächtige Zellen „von linsenförmiger Gestalt, welche auf senkrechten „Durchschnitten meist als dicke Spindeln sich darstellen. „Nach Behandlung mit Essigsäure heben sie sich mit „ihrem dunkleren Inhalt und grossen Kernen als um„fangreiche Körper aus der helleren Grundsubstanz „hervor, und das ganze Gewebe erinnert dann an faser„knorpelige oder sklerosirte Bindegewebsbildungen. „Fettige oder andere Degeneration bestand nirgends. „Dagegen zeigen sich schon in den oberen Lagen zahl„reiche Durchschnitte grösserer Gefässe, namentlich „dickwandige Arterien mit concentrischen Höfen eines „dickwandigen Scheidengewebes. Gegen die Tiefe hin „wird das Ganze lockerer, die Gefässe mehr sinuös, und „schliesslich findet sich nur noch ein weitmaschiges „Balkenwerk."

Im Allgemeinen entspricht dieser mikroscopische Befund der normalen Structur der Decidua im früheren

Schwangerschaftsstadium. Die Anamnese ergab in diesem Fall, dass die Frau kurz nach ihrer Verheirathung an syphilitischen Rachengeschwüren gelitten hatte. Deswegen zeigt Virchow sich geneigt, die Erkrankung als eine specifische anzusehen, eine Annahme, die sich jedoch in der Folge als nicht gerechtfertigt erweisen sollte. —

In dem bald nach Virchow von Strassmann veröffentlichten Fall handelte es sich um die veränderte Decidua einer Frucht im Beginn des 4. Schwangerschaftsmonats, die ebenfalls durch Abortus in seine Hände gelangte. An den Chorionzotten zeigten sich diesmal keine Veränderungen. Die Decidua dagegen war wieder auffallend verdickt, von $^1/_2$ ‴ an den Seitenwänden bis zu 3—4 ‴ an einzelnen Partieen der vorderen und hinteren Wand. Neben dieser diffusen Hyperplasie fanden sich an einzelnen Stellen theils breit aufsitzende, tuberöse, theils gestielte, polypöse, Excrescenzen. Die mikroscopische Untersuchung lieferte einen dem Virchow'schen ganz analogen Befund. Als Ursache nimmt S. eine seit Jahren bestehende Endometritis an, welche sich durch profuse, schmerzhafte, unregelmässige Menstruationen, durch einen Fluor und Neigung zu Blutungen aus den Genitalien documentirte. Von Syphilis war in dem Falle durchaus nichts weder anamnestisch noch durch den Befund zu constatiren.

Aus dem Gusserow'schen Fall, der einen ganz ähnlichen Befund, wie die beiden vorhergehenden, aufweist, ist insbesondere eine starke fettige Degeneration der Decidua reflexa hervorzuheben. Es war weder Syphilis noch Endometritis nachzuweisen. G. nimmt als Grund der Hyperplasie die laut Anamnese zu schnell nach dem letzten Wochenbette erfolgte Conception an, indem dadurch die erst eben neugebildete Schleimhaut des Uterus zu übermächtiger Wucherung gebracht sei. —

Dohrn beschreibt ganz analoge Veränderungen an der Decid. reflexa eines 2monatlichen Abortiveies; die Vera und Serotina waren in dem Falle verloren gegangen. Die Dicke der Decidua schwankte hier zwischen 1 und 5 mm. Auf der diffus verdickten Membran sassen auch in diesem Falle wieder polypöse Gebilde. Die Deciduazellen wurden grösser als bei der normalen Haut gefunden, und zwar die grössten entsprechend den Stellen, wo die Gewebswucherung am bedeutendsten war. Eine Ursache der Erkrankung war nicht zu ermitteln, da anamnestische Angaben nicht zu eruiren waren. —

Die 3 Präparate, welche vom Hofe beschreibt, sind Abortiveier aus den frühesten Stadien. Die Chorionzotten boten das Bild der kolbenförmigen Degeneration. Die Decid. vera (weniger die reflexa) war verdickt und mit tuberösen Aufwulstungen versehen. Die Verdickung erreichte hier und da eine Stärke von 7—8 mm. Genauere Vergleiche der Zahl und des Lumens der Drüsenöffnungen der hyperplastischen Stellen mit denen an normalen Deciduen ergaben, dass dieselben am ersteren spärlicher vorhanden waren, bisweilen sogar ganz fehlten und einen bemerkenswerth kleineren Durchmesser hatten. Ebenso konnte vom H., wie Dohrn, eine bedeutendere Grösse der Deciduazellen an hyperpl. Deciduen gegenüber denen normaler constatiren; dieselben lagen concentrisch um die stark gewucherten Gefässe.

Ueber die Anamnese der Mütter war nichts bekannt, es konnte also keine Muthmassung über die Aetiologie der Erkrankung aufgestellt werden. (Doch liegt, wie mir scheint, der Gedanke nahe, bei den von dem Autor erwähnten kolbigen Anschwellungen der Chorionzotten der beiden ersten Präparate an die von Fränkel für Lues pathognomonisch aufgestellte deformirende Granulationswucherung zu denken.)

Den folgenden Fall theilte Vederer mit, der zu-

gleich einen analogen von Heyerdahl untersuchten citirt. Beide Fälle entsprachen dem Bilde der Virchow'schen Endometritis decidualis tuberosa; bei keinem von beiden war Syphilis nachzuweisen. —

Hegar & Maier veröffentlichten ebenfalls 3 Fälle von Decidualhyperplasie bei menschlichen Eiern aus dem 1., 3. und 4. Schwangerschaftsmonat. In den beiden ersten Fällen ist insoferne eine Differenz mit den früher beschriebenen Bildern zu constatiren, als sich hier kleine cystenartige Gebilde von bis zu Linsengrösse in dem sonst stark verdickten Deciduagewebe (die Verdickung betrug bis 8 mm) vorfanden. Dieselben waren mit einer trüb-serösen Flüssigkeit gefüllt, hatten aber keine besondere Membran. Die wandständigen Zellen hatten gegenüber den eigentlichen Deciduazellen mehr den epithelialen Character und legten den Gedanken nahe, dass man es hier mit Resten veränderter Drüsengebilde der früheren Schleimhaut zu thun hatte, die cystisch verändert waren. Im 3. Fall bestand diese Cystenbildung nicht, es handelte sich hier um eine einfache Hyperplasie eines nach stattgehabtem Abort mittels Polypenzange entfernten Decidualappens. In allen Fällen war auch hier, analog den früher bekannt gewordenen, eine Verstärkung des interstitiellen Bindegewebsgerüstes zu constatiren.

Was die Ursachen der beschriebenen Deciduahyperplasie anlangt, so waren zwar in zwei Fällen endometritische Erscheinungen vor eingetretener Gravidität vorhanden, doch wagt der Autor den Ausgang der primären Affection nicht mit Sicherheit festzustellen, indem der Ansicht Raum gegeben wird, dass Hyperplasieen der Decidua auch durch primäre Bildungsanomalieen und Degenerationen des Eies hervorgerufen werden können.

Die letzten Fälle von Endometritis tuberosa-polyposa

veröffentlichte Ahlfeld. Er sah diese Erkrankung an den Deciduen von 5 Abortiveiern früherer Schwangerschaftsmonate nach einander. Aus seinem Befunde heben wir Folgendes hervor:

„Bei der mikroscopischen Untersuchung fällt die „ungeheuere Anzahl der Zellen auf, zwischen denen das „Bindegewebe so zurücktritt, dass man es kaum wahr„nehmen kann. Die hyperplastischen Partieen zeichnen „sich durch ihren Gefässreichthum aus. Bis dicht unter „der Oberfläche finden sich Gefässlumina, theilweise mit „sehr dicken Wänden versehen. Die Wucherung der „Decidua ist bald eine einfache Verdickung, bald eine „Wucherung in Form von Knötchen, bald in Form von „Polypen mit mehr oder weniger dünnem Stiele."

„Das Gewebe, sowohl der Zellen- wie der Drüsen„schicht, ist durchsetzt von einer auffallend grossen „Zahl von **weissen Blutkörperchen,** die auch im Blute „bei passender Färbung als vermehrt nachweisbar sind."

„Am Chorion sind einigemal Verdickungen der Zotten, „kolbige Anschwellungen bemerkt worden."

Syphilis bestand in keinem Falle der beschriebenen Beobachtungen. A. ist, wie bereits erwähnt, geneigt, die ganze Veränderung der Decidua als secundär nach Absterben des Foetus erfolgt anzusehen. Als Analogon von Seiten des Chorions führt er die Blasenmole an.

Seit der Veröffentlichung dieser Ahlfeld'schen Fälle von Decidualhyperplasie bei Abortiveiern ist über eine derartige Affection nichts mehr publicirt worden, vielleicht ein Zeichen, dass, gleich Ahlfeld, auch die meisten Andern die Annahme des durchaus nicht seltenen Vorkommens jener Veränderung bei Aborten theilen. Weit seltener dagegen scheint die Hyperplasie der Decidua am Ende der Gravidität vorzukommen, worauf schon die spärlichen Veröffentlichungen von derartigen Fällen hindeuten. Das darf jedoch nicht Wunder nehmen,

wenn man bedenkt, dass die Syphilis, welche nach allen bisher veröffentlichten Fällen die häufigste Ursache der Erkrankung zu sein scheint, die Früchte eben mehr zum Abort als zur Reife gelangen lässt.

Kaltenbach hat dem bereits früher von Hegar in Virchow's Archiv veröffentlichten Fall noch 4 weitere Fälle seiner Beobachtung hinzugefügt, welche sowohl in aetiologischer als in klinischer Hinsicht unser Interesse in Anspruch nehmen.

In dem Hegar'schen Falle handelte es sich um die etwa 4—5 Wochen zu früh erfolgte Niederkunft einer Syphilitischen. Das Kind, zwar schlecht genährt, aber ohne Erscheinungen von Lues, starb am 8. Tage des Wochenbettes. Am Abend des 2. Tages trat eine starke Temperatursteigerung auf, welche Veranlassung zum Touchiren gab. Es wurde manuell ein lappiges Gebilde aus der Uterushöhle entfernt. Am 7. Tage erfolgte der Tod an diffuser Peritonitis, veranlasst durch Endometritis septica, wie angenommen wurde. Die Section bestätigte diese Annahme. Die Infection war durch die retinirten Deciduastücke hervorgerufen. Diese, etwa 3 mm dick, matsch von Consistenz, gaben unter dem Mikroscop folgendes Bild:

„Gehalt an Deciduazellen gegenüber den gewohnten „Bildern dieses Gewebes spärlicher. In der Hauptmasse „besteht das Gewebe aus einer sehr zarten, homogenen „Grundsubstanz, die da und dort auch schwach streifig „und trüb körnig erscheint. Die Deciduazellen sind „zum Theil kleiner wie gewöhnlich, auffällig trübe oder „in auffälliger Weise mit zahlreichen Fettkörnchen „erfüllt." —

Unter den von Kaltenbach mitgetheilten Fällen betraf der erste eine syphilitische Zweitgebärende, welche ohne Kunsthilfe ein lebendes reifes Kind gebar. Vom 2. Wochenbettstage an traten Fieber und übel-

riechender Ausfluss auf. Am 10. Tage unter Temperaturabfall Abgang eines handtellergrossen Fetzens verdickter Decidua; am 22. Tage Tod unter pyaemischen Erscheinungen.

Der 2. und 3. Fall betraf ebenfalls eine Syphilitische, welche zweimal innerhalb kurzer Zeit je eine 8monatliche faultodte Frucht gebar. Das erste Mal wurde manuell, das zweite Mal durch Ergotin ein im Uterus cavum zurückgebliebener von dem Ei getrennter häutiger Decidualsack eliminirt. Beide Wochenbetten verliefen normal.

In einem 4. Fall trat bei einer ebenfalls syphilitischen Person bald nach der Geburt eines nicht ganz reifen lebenden Kindes Fieber und stinkender Ausfluss ein. Auf Ergotingaben entleerten sich mehrere Fetzen verdickter bindegewebsreicher Decidua. Hierauf normaler Verlauf.

Aus dem anatomischen Befund, welchen die fraglichen Deciduastücke lieferten, heben wir das Folgende hervor:

„Die Dicke der Membranen variirt zwischen 4 mm „bis zu 1 cm. Die Innenfläche ist glatt, hie und da „von einzelnen flach buckelförmigen Erhebungen besetzt; „die Aussenfläche zottig, fetzig. Mikroscopisch: Auf„fallend frische Beschaffenheit der Deciduazellen und „hoher Reichthum an faserigem Bindegewebe. In der „oberen compacten Schicht der Vera erscheinen die „Deciduazellen da und dort in ein feines Gerüste von „Bindegewebsfasern eingetragen. In den tieferen Lagen „der cavernösen Schicht findet man dagegen breite „Züge streifigen Bindegewebes, welche hier mit den „Gefässen in besonderer Beziehung zu stehen scheinen. „Der Gefässreichthum der Membranen ist ein recht be„deutender; namentlich in den tieferen Schichten Gefässe „mit verdickten Wandungen. An mehreren Stellen finden

„sich erbsen- bis bohnengrosse Extravasate. Da und „dort lässt sich von der Innenfläche der ausgestossenen „Decidualappen eine dünne Membran ablösen, welche „durch ihren Bau als Reflexe imponirt.“ —

Auch an der Serotina fanden sich analoge Veränderungen vor, wenn auch in geringerem Maasse.

Von den mir zu Gebote stehenden Fällen liegen die Geburtsprotokolle vor, woraus ich das Nachstehende mittheile.

Fall I.

Frau N., 25 Jahre alt, IV. para, aus K. bei Giessen, gibt an, im 6. Lebensjahre „Nervenfieber“, im 12. dasselbe, mit Gehirnentzündung verbunden, durchgemacht zu haben. Im 18. und 21. Jahre will sie in Amerika an „bilious fever“ erkrankt gewesen sein. Ihr Mann soll völlig gesund sein. Menstruirt ward Frau N. im 15. Lebensjahre; die Menses erschienen in unregelmässigen Intervallen von 14—21 Tagen und waren stets mit heftigen Kreuzschmerzen verbunden. Seit 4 Jahren hat sie 3 Mal hinter einander abortirt. Bei den ersten beiden Aborten, welche beide im 6. Schwangerschaftsmonat erfolgten, waren die Früchte faultodt; die Bewegungen hatten bereits 4 Wochen vorher aufgehört. Als Ursache des Absterbens der Kinder nimmt die N. Fall an. Die Frucht beim letzten Abortus, der im 8. Monate statt hatte, soll nicht faultodt gewesen sein. Hier gibt sie keine Ursache an.

Letzte Menstruation am 9. Mai; erste Kindsbewegungen am 18. September. Bei der Aufnahme (am 9. Nov.) sind Herztöne nicht zu hören.

Von Lues war weder anamnestisch noch durch den Befund Sicheres zu eruiren; doch muss nach den voraus gegangenen Aborten der Verdacht auf Syphilis gerechtfertigt erscheinen, besonders da das Vorleben der N. nicht dagegen spricht.

Am 20. November erfolgte die Geburt einer macerirten Frucht etwa von der 28. Woche, zugleich mit Placenta und Eihäuten, jedoch fehlte die Decidua fast vollständig. Am 21. November Entfernen von stinkenden Deciduafetzen durch Eingehen mit der Hand in den Uterus. Fast normales Wochenbett; zweimal Steigerung der Temperatur bis 38,1 °; am 6. Tage geht etwas flüssiges Blut ab. Entlassung am 30. November.

Fall II.

Elisabeth L., 18 3/4 Jahre alt, Primipara, Dienstmädchen aus A., will früher stets gesund gewesen sein. Seit 1/4 Jahr Geschwüre an den äusseren Geschlechtstheilen, seit 3 Wochen Schmerzen beim Essen im Halse.

Menstruation seit dem 16. Jahr, regelmässig. Letzte Menstruation Mitte Januar. Befund bei der Aufnahme: frische Lues, mit secundären Erscheinungen verbunden; an den grossen und kleinen Labien indurirte Geschwüre mit gelblich-schmutzigem Belag. In der linken Schenkelbeuge und auf dem rechten Oberschenkel je ein breites Condylom. Leistendrüsen mässig geschwellt, kindliche Herztöne links zu hören.

Es wird eine Inunctionskur eingeleitet. Kindsbewegungen werden „angeblich" noch am 26. VII. deutlich, jedoch weniger häufig, wahrgenommen. Am 28. VII. Geburt eines todtfaulen Foetus von der 29. Woche. Chorion und Amnion wurden mit der Frucht geboren; die Decidua dagegen fehlte vollständig. Nach einer Stunde wird die Placenta wegen Blutabgangs exprimirt. Es wird expectativ verfahren. Am 29. VII.: Abends 38,6 °. Lochien übelriechend. Am 30. VII.: Morgens und Abends spontaner Abgang je eines grösseren Decidualfetzens. Kein Fieber mehr. Am 5. VIII.: Transferirung der L. auf die chirurg. Klinik behufs Fortsetzung der antiluetischen Kur.

Ausser täglich 2 desinficirenden Vaginalausspülungen war in diesem Fall keine therapeutische Massnahme benöthigt.

Fall III.

Ida K., 24 Jahre alt, III. para, ward im 17. Lebensjahr menstruirt; die Regel war stets unregelmässig und mit Schmerzen verbunden. Vor 4 Jahren gebar K. in Mailand ein lebendes Kind. Luetische Erscheinungen sollen damals bei ihr noch nicht bestanden haben. An das Wochenbett schloss sich eine langdauernde angebliche Unterleibsentzündung an. Nach ihrer Rückkehr aus Italien scheint K eine Zeit lang ihren Erwerb in W. als Puella gesucht zu haben, bis sie dort in's Spital kam. Hier abortirte sie im siebenten Monat; das Kind war faultodt. Im 4. Monat dieser Gravidität sollen bereits Geschwüre an den äusseren Genitalien vorhanden gewesen sein; nach der Geburt wurde K. noch einige Zeit an Geschwüren im Hals behandelt, die etwa seit dem 6. Schwangerschaftsmonat aufgetreten waren.

Aufnahme in die Gebäranstalt am 2. XII.; die letzte Menstruation trat Anfangs Juni ein. Kindsbewegungen waren seit

Anfang December wahrgenommen worden. Bei der Aufnahme waren kindliche Herztöne rechts zu hören. Am 20. XII. wurden bei der Untersuchung keine Herztöne mehr gehört; K. gab an, seit 3 Wochen keine Bewegungen mehr zu spüren. Am 10. Januar erfolgte die Geburt einer macerirten Frucht in der 25. Woche. Amnion intact. Chorion total abgerissen, aber anscheinend vollständig. Decidua defect, besteht aus 2 annähernd viereckigen verdickten Lappen, nur etwa an $^1/_4$—$^1/_3$ des Umfanges der Placenta haftend. Durch Eingehen mit der Hand wurden noch rückständige Eihautreste entfernt und hierauf ein Jodoformtampon eingelegt. Am Abende des 1. Tages fand sich eine Temperatursteigerung auf 38,1 °; am anderen Morgen jedoch normale Temperatur. Als die Wöchnerin am 17. I. zum Zweck ihrer Entlassung in Seitenlage untersucht worden war, klagte sie über Unwohlsein. Am 18. I. nochmalige Untersuchung, wobei eine geringe Blutung aus dem Cervix statt hatte. Bald darauf trat Frieren und Kopfweh ein, die Temperatur stieg auf 39,8 °. Uterus schmerzhaft, Ausfluss übelriechend. Es wurden intrauterine Ausspülungen mit Carbolsäure gemacht, Eis auf den Unterleib applicirt und Opiumdosen verabreicht. Während dreier Tage hält sich das Fieber mit geringen Remissionen annähernd auf derselben Höhe. Am 20. I. war neben Erbrechen Carbolurin aufgetreten, weshalb von da ab nur noch Vaginalausspülungen mit Salicylsäure gemacht wurden. Vom 21. I. ab lytischer Fieberabfall; am 24. I. war Patientin fieberfrei. Ihre Entlassung erfolgte am 26. I.

Fall IV.

Margarethe S., 22 Jahre alt, I. para, Taglöhnerin, menstruirte seit ihrem 15. Lebensjahre immer normal. Anamnestisch nichts Besonderes zu eruiren. Aufnahme am 16. X. Ueber die letzte Menstruation ist nichts mit Bestimmtheit zu erfahren. Ende Mai sollen Kindsbewegungen zuerst fühlbar gewesen sein. Seit vier Wochen bestehen breite Condylome am After und den Labien; einige röthliche Papeln am Abdomen. Kindliche Herztöne nicht zu hören. Am 31. X. Geburt eines todtfaulen Foetus (Länge 37 cm). Placenta und Eihäute waren sehr zerreisslich, von matscher Beschaffenheit. Eihäute unvollständig, verdickte Decidua; **Ordination:** Ergotin subcutan; täglich Sublimatausspülungen. Am Abend hatte die Temperatur 39 ° erreicht. Sie stieg stetig und gelangte am nächsten Tag bis auf 40,2 °; **Ordination:** 3,0 Natr. salicyl. Darauf am Abend Abfall auf 39,2 °. Am Abend des 3. Tages 39,4 °; **Ordination:** 1,0 Chinin sulfuric.; hierauf andern Morgens Remission

auf 38,6 °. Am Abend des 4. Tages Ansteigen der Temperatur auf 39,0 °; **Ordination:** Eisblase-Wickel. Darauf noch während der beiden folgenden Tage abendliche Temperaturen von ca. 39,0 ° unter morgendlichen geringen Remissionen. Vom 6. Tage an Abfall der Temperatur zur Norm des Morgens, während die Abendtemperaturen noch bis zum 12. Tage auf 38 ° gelangen. Am 5. Tage nach der Geburt erfolgte der spontene Abgang eines grossen Deciduapolypen. Der Puls war während der Dauer des Fiebers nie sehr hoch; nur einmal erreichte er 115 Schläge, sonst hielt er sich im Allgemeinen unter 100 in der Minute. —

Anatomischer Befund.

Die in grösseren und kleineren Fetzen vorhandenen Abgänge, welche in Spiritus aufbewahrt sind, zeigen eine schwankende Dicke von 2½—5 mm. (Im frischen Zustand betrug die Dicke der Decidua laut Protokoll im Fall III 5—7 mm.) Sie zeigen eine glatte foetale Fläche, während die uterine uneben zottig ist. An den meisten Stellen zerbröckeln die Stücke leicht, weil sie hier von einer Menge ergossenen Blutes durchsetzt sind. Der von Fall IV stammende Polyp ist von pilzförmiger Gestalt, ungefähr einen Ausguss des Cavum uteri darstellend. Die Oberfläche ist grauweiss, im allgemeinen glatt, doch von zahlreichen membranösen Auflagerungen bedeckt. Auf dem Durchschnitt ist die Farbe eine schwarz-rothe, überall von eingesprenkelten helleren Stellen durchsetzt. Die Dimensionen sind:

Grösste Länge	9	cm
„ Breite (frontaler Dm.)	5½	„
„ Tiefe (sagittaler Dm.)	4¾	„

Mikroscopisch erweisen sich die Stücke als stark verdickte Decidua. Die Verdickung ist theils durch Bindegewebsbildung, theils durch kleinzellige Infiltration bedingt. Letztere ist besonders stark in der ampullären Schicht, während sich das Bindegewebe in der Compacta

vorherrschend findet. Die kleinzellige Infiltration ist an manchen Präparaten so dicht und diffus, dass das ganze Gewebe nur aus kleinen Rundzellen zu bestehen scheint. Der Decidualtypus ist hier vollständig verloren gegangen. Dass man es mit ursprünglicher Decidua hier zu thun hat, beweist nur an manchen Stellen das Vorhandensein der grossen Deciduazellen; meist sind diese jedoch geschrumpft und undeutlich, ohne deutlichen Kern. Die kleinen Rundzellen sind in einer theils feinkörnigen, theils faserigen Grundsubstanz eingebettet. Wo die Infiltration weniger diffus ist, kann man deutlich erkennen, dass die kleinen Rundzellen am dichtesten um die Blutgefässe geschaart sind. Auch sind hier und da längliche freie Kerne in grösserer Anzahl vorhanden. In der Compacta hat eine reichliche Bindegewebsbildung Platz gegriffen; die kleinzellige Infiltration tritt hier in den Hintergrund. Das Bindegewebe ist bald zart, in leicht geschwungenen Wellen gekräuselt, bald von stark faserigem Character. Am consistentesten findet es sich um die Blutgefässe und Blutergüsse, welche es in concentrischen Kapseln umgibt. Auch in der ampullären Schicht ist das Bindegewebe insofern vermehrt, als es mitunter die Deciduazellen in Form von breiten reticulären Balkenzügen von einander isolirt. Die Deciduazellen sind in der compacten Schicht zwischen dem Bindegewebe nur noch in einzelnen Nestern vorhanden, mitunter in einer krümeligen Grundsubstanz liegend. Sie sind hier sehr verändert, stellen dunkle Körper dar, ohne erkennbaren Kern, die an manchen Stellen derart spindelförmig ausgezogen sind, dass ein Complex dieser Körper den Eindruck geschwungener breiter zusammengedichteter Fasern macht. Zahlreiche Blutergüsse, theils frischer, theils älter, sich organisirend, sind in beiden Schichten vorhanden. In der Compacta finden sich ausserdem vielfach Stellen einer krümeligen gelbweissen

Substanz, die sich nicht färbt — offenbar mortificirte Stellen. —

Eine Untersuchung des erwähnten Polypen ergibt, dass seine Hauptmasse aus Blut besteht. Dasselbe ist theils frei, theils in Bindegewebe ergossen, in welchem sich geschrumpfte Reste von Deciduazellen und Zellen mit sternförmigen Fortsätzen spärlich eingestreut finden. Die Oberfläche bildet derbes schwartiges Bindegewebe.

Schon allein die **Dicke** der Decidua deutet in unseren Fällen auf ein abnormes Verhältniss hin. Die grösste Dicke der Decidua soll 2—3‴ betragen, und zwar soll sie dieselbe im 3. Schwangerschaftsmonat erreichen. Nach unserer mikroscopischen Untersuchung ist diese Volumszunahme durch eine Bindegewebsbildung und kleinzellige Infiltration bedingt. Es sei mir verstattet, hier auf die normaliter in der Decidua anzutreffenden Gewebselemente einen Blick zu werfen. Der Hauptsache nach besteht die Decidua vera in ihren beiden Schichten, der ampullären und compacten, aus den bekannten grossen, bald mehr runden (compacta), bald mehr spindelförmigen (ampull.) Deciduazellen mit deutlichem Kern und Kernkörperchen und mit verschiedenem Fett- und Körnchengehalt. Nach Winkler kommen auch normaler Weise in der Vera kleine Rundzellen vor. Was nun den Gehalt dieser Membran an Bindegewebe betrifft, so gehen die Ansichten der Forscher auseinander. Während Dohrn für gewöhnlich kein bindegewebiges Stroma, in dem die Zellen eingebettet sind, nachweisen kann, plaidirt Hegar für die Existenz faserigen Bindegewebes, besonders in den vorgerückteren Stadien. Nach Winkler ist mit Sicherheit ein zwar reichliches, aber nur stellenweise deutlich streifiges Bindegewebe vorhanden, und zwar am reichlichsten, je weiter uterinwärts. Die Neigung der normalen Decidua zu

Apoplexieen wird von Hegar, Eigenbrodt und Dohrn übereinstimmend hervorgehoben.

Dass das theilweise äusserst derbe und faserige Bindegewebe jedoch, wie es an unseren Präparaten sich findet, zumal es gerade in der Compacta häufig den Decidualtypus ganz verdrängt hat, nebst der enormen Menge von kleinen Rundzellen pathologisch ist, ist nicht zu bezweifeln. Es ist allerdings hier nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob wir es mit einer primären Affection der Decidua zu thun haben, oder ob nicht vielmehr der abgestorbene syphilitische Foetus die Veränderung, d. h. die kleinzellige Infiltration, bedingte. In allen Fällen waren ja die Früchte macerirt. Vielleicht war auch die Decidua vorher theilweise mortificirt, und es ist eine starke kleinzellige Infiltration von den tieferen Schichten her ein ganz gewöhnlicher Befund an Deciduastücken, welche längere Zeit im Uterus zurück geblieben waren. Der Umstand, dass die Zellen um die Decidualgefässe am häufigsten sind, beweist, dass die ganze Veränderung das Resultat eines in der Decidua selbst verlaufenen chronisch entzündlichen Processes ist. Wir haben hier eine jener oben citirten mit Excrescenzen verbundenen Hyperplasie der Decidua der früheren Schwangerschaftsmonate analoge Erkrankung vor uns. Dass in den späteren Monaten nicht mehr dasselbe Bild sich bietet, wie dort, muss man sich aus der gegen Ende der Gravidität ausgesprochenen Tendenz der Decidua zu regressiven Vorgängen erklären, der bedeutenden Abnahme ihrer Dicke gegenüber der gesteigerten vitalen Energie, des dickeren Durchmessers, der vermehrten Succulenz und des grösseren Blutreichthums in den ersten Monaten der Schwangerschaft. —

Suchen wir nach einer Ursache für diese Deciduahyperplasie, so ergibt sich in dreien unserer Fälle evidente, in einem suspecte Lues. Wir können jedoch ebenso

wenig, wie Kaltenbach, der auf die häufige Coincidenz der luetischen mit der gonorrhoischen Infection aufmerksam macht, die Erkrankung als eine specifische ansehen. Dass jedoch die Syphilis hier die indirecte Ursache der Hyperplasie gewesen ist, scheint mehr als wahrscheinlich, zumal sich ein localer Reizzustand, etwa eine Endometritis, nicht nachweisen liess. —

Ein directeres Interesse für den practischen Geburtshelfer bieten die durch die Hyperplasie der Decidua bedingten Abnormitäten im Verlaufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Es sei uns erspart, die Beziehungen der durch Syphilis bedingten Deciduahyperplasie zum Abortus hier näher zu erörtern, spielen ja doch hier die Veränderungen der Vera gegenüber der in directester Beziehung zum Leben des Foetus stehenden eventuellen gleichzeitigen Erkrankung der Serotina kaum eine in Betracht zu ziehende Rolle! Die Schwangerschaft wird also keine Unterbrechung erleiden, so lange die Placentarstelle nicht oder nur bedeutungslos mitergriffen ist, aber es bestehen gewisse während der Gravidität bereits klinisch beobachtete Symptome, welche mit der anatomischen Veränderung der Decidua Hand in Hand gehen. Sie sind die Folge des durch die Hyperplasie an der Uterusinnenfläche bedingten Reizzustandes und von Hegar als fixe oder meist wechselnde Schmerzen im Leib, im Kreuz, als Steigerung der der Schwangerschaft eigenthümlichen Beschwerden beschrieben: „häufig sind wehenartige Schmerzen, welche man „unter dem Kapitel des Abortus als Prodromalerscheinungen desselben rubricirt, obgleich dieser nicht immer „eintritt. Leichte Fiebererscheinungen sind nicht ganz „selten". In den Geburtsprotokollen unserer Fälle finden wir keine derartigen Beobachtungen verzeichnet. In einem Fall zwar waren in der allerletzten Zeit Beschwerden, in Frostgefühl, Appetitlosigkeit und Mattig-

keit bestehend, aufgetreten, doch lassen sich jene auch als einfache Resorptionserscheinungen erklären, da ja der Foetus bereits eine Zeit lang vor der Geburt abgestorben war.

Auch während der Geburt sind Störungen durch verdickte Eihäute beobachtet. So citirt Kaltenbach einen Fall von Hecker und einen der Kaschewarowa, denen er einen dritten seiner eigenen Beobachtung hinzufügt, bei welchen die hyperplastische Decidua die Eröffnungsperiode bedeutend verzögerte. Selbst auf eine Verlängerung der Austreibungsperiode durch das durch Verdickung bedingte festere Haften der Ampullärschicht der Decidua hat Küstner aufmerksam gemacht. Er erwähnt unter 8 Fällen von Eihautretention 4, in denen bei der Geburt die Blase, als sie sich in den äusseren Genitalien stellte, gesprengt werden musste, oder das Kind capite galeato geboren wurde. Auch derartige Störungen kamen in unseren Fällen nicht vor. — Bei weitem wichtiger ist der abnorme Verlauf der Nachgeburtsperiode, der sich in der Retention von Stücken der Decidua dokumentirt. Dass die Ursache dieser Verhaltung in den hyperplastischen Theilen der Decidua selbst gegeben ist, begreift man leicht, wenn man sich den Vorgang der normalen Eihautlösung in's Gedächtniss ruft.

Die Loslösung der Eihäute wird, ausser durch den Zug, den die Schwere der gelösten Placenta ausübt, durch den Druck bewerkstelligt, den der interplacentare Bluterguss durch die Wehen erfährt (Ahlfeld). Nach Friedländer und Schröder sollte die Lostrennung normaler Weise in der compacten Zellschicht der Decidua erfolgen. Doch ist von Langhans und Leopold gezeigt worden, dass die Trennung gewöhnlich in der ampullären Schicht vor sich geht, welcher Anschauung sich auch Ahlfeld auf Grund seiner Erfahrungen

vollkommen anschliesst. In der That entspricht diese Theorie sowohl der täglichen Erfahrung, welche auf Durchschnitten durch die ausgestossenen Eihäute stets als äusserste Partie noch Drüsenschicht der Decidua nachweist, als auch der a priori aufkommenden Vermuthung, welche naturgemäss die Trennungsfläche in die lockerste Gewebsschicht, die ampulläre Zone verlegen muss.

Eine festere Cohärenz der Decidua also muss das Zurückbleiben von Resten dieser Membran unterstützen. Die letztere Bedingung ist in unseren Fällen vorhanden — die durch Bindegewebsbildung bedingte grössere Festigkeit der ampullären Schicht. In allen vier Fällen sind die Geburten unter Retention von Deciduatheilen erfolgt, einmal sogar blieb, wie in dem von Kaltenbach wiederholt beobachteten Fall, die ganze Decidua zurück.

Diese Deciduastücke, welche der sicheren Mortification verfallen sind, werden, wenn sie nicht bald nach der Geburt mit den Lochien abgehen, oder manuell entfernt werden, im Innern der Gebärmutterhöhle zum Ausgangspunkt von durchaus nicht gleichgiltigen Störungen im Wochenbett. Durch die über Eihautretentionen veröffentlichten Mittheilungen von Salin, Benicke, Küstner, Kaltenbach, Ahlfeld und durch die von uns mitgetheilten Fälle ist erwiesen, dass die retinirten Deciduareste sowohl leichtere Resorptionsfieber und selbst septische Infection des mütterlichen Organismus, als Blutungen post partum und in den ersten Tagen des Wochenbetts, Spätblutungen infolge von Subinvolutio uteri und Polypenbildung zur Folge haben können. Von Benicke und auch von Küstner werden noch schmerzhafte Nachwehen als häufiger Folgezustand angeführt. Was die Blutungen betrifft, die aus Atonie des Uterus entstehend gedacht werden müssen, so zweifelt Küstner zwar, ob nur retinirte Deciduafetzen an und

für sich Blutung machen können, Benicke hingegen hat in einigen Fällen solche beobachtet. Eine Polypenbildung war in unserem Fall IV zu verzeichnen; hier hatte eine Blutung innerhalb des Cavum uteri in das retinirte Gewebe hinein stattgefunden.

Die Gefahr der **Infection** ist weitaus die für die Wöchnerin bedrohlichste. Ohne Zweifel bildet die Zersetzung der im Uterus zurückgehaltenen Massen einen Resorptionsherd septischen Materials, wodurch die Mutter inficirt werden kann. Von mancher Seite wird zwar noch heute die Gefahr von Seiten retinirter Eihäute angezweifelt, und man schiebt die dabei häufig beobcahteten Puerperalfieber manuellen Betastungen zu. Aber es steht fest, dass zurückgebliebene Eihautreste auch bei sonst vollkommen physiologisch verlaufenen Geburten Fieber im Wochenbett erzeugen können. Ist doch das Zustandekommen einer „Selbstinfection" von Seiten ganz normaler Lochien ohne retinirte Eitheile nach den Ahlfeld'schen Beobachtungen kaum mehr zu bezweifeln („Ahlfeld, Berichte aus d. Marb. geburtshülfl. Klinik, II. Theil"); um wie viel eher also muss die Möglichkeit einer „Selbstinfection" der Wöchnerin zugestanden werden, wenn das bekanntermassen prädisponirende Gewebe einer pathologischen Decidua theilweise in der Gebärmutter zurückgeblieben ist! Einen ganz unanzweifelbaren Fall derart citirt Ahlfeld (ebendaselbst) aus seiner Privatpraxis. Hier war trotz der ängstlichsten Prophylaxe und der aufs vorsichtigste geleiteten Geburt septische Infection eingetreten. Als Ursache ergab sich, und eine andere Annahme war hier durchaus nicht zulässig, ein äusserst verdickter Decidualappen, der am 6. Tage post partum entfernt ward. Der Tod erfolgte in der 8. Woche. —

Der Zutritt der atmosphärischen Luft, deren die retinirten Stücke zu ihrer Zersetzung bedürfen, erfolgt

eben durch selbst scheinbar minimale Bewegung, durch solche des Mastdarms, der Blase, durch Lageveränderungen der Wöchnerin, durch Aspiration der Vagina. Begünstigt wird die Zersetzung durch die in das Deciduagewebe häufig erfolgenden Blutergüsse (Ahlfeld); auch an unseren Präparaten ist die grosse Disponibilität des Deciduagewebes zu Blutergüssen leicht zu sehen.

Es sei mir hier verstattet, auf die von Ahlfeld gemachten Unterschiede in Bezug auf die Zersetzlichkeit der verschiedenen Eianhänge, für sich betrachtet, aufmerksam zu machen. Nach ihm geht am raschesten in Zersetzung über die Decidua, weil sie die blutreichste Membran ist, bedeutend langsamer Chorion und das zarte Amnion. Man kann sich leicht davon überzeugen durch Wiederholung des Versuchs, die einzelnen Eihäute getrennt ausserhalb des Organismus faulen zu lassen.

Die Zersetzung der Decidua gibt sich klinisch durch übelriechende Lochien und Fieber kund. Nach Küstner soll der Grad der febrilen Reaction der Masse der zurückgebliebenen Eihäute proportional sein. Unser Fall II, bei welchem, trotzdem die ganze Decidua retinirt war, das Fieber nur ein unbedeutendes gewesen, kann, abgesehen davon, dass andern Tags bereits spontane Abgänge erfolgten, schon deshalb nicht als beweiskräftig in dieser Hinsicht angesehen werden, weil infolge der herabgesetzten Resorptionsfähigkeit des Uterus cavums bei macerirten Früchten auch das Fieber viel unbedeutender ist. Auch schon deshalb ist das unverhältnissmässige Stinken der Lochien, wie wir es in diesem Falle sahen, durchaus nicht als gerade gefahrdrohendes Symptom aufzufassen. — Exsudative Miterkrankung des Perimetriums und parametrale Phlegmone sind bei Eihautretention nur sehr selten beobachtet worden, was wohl durch geeignete Therapie leicht zu verhindern ist.

Mit Ausnahme des Falles IV zeigten unsere Fälle

nur eine unbedeutende Fieberreaction, und das entschieden durch passende therapeutische Massnahmen.

Von Interesse wegen Zustandekommens der Infection ist der Fall III. Nach völlig normalem 8tägigen Wochenbettsverlauf (wenn wir von der geringen Fiebersteigerung am Abend des 1. Tages von 38,0 ° absehen) tritt plötzlich im Anschluss an eine behufs Entlassung der Wöchnerin in der Seitenlage vorgenommenen Untersuchung Dysphorie und, nach wiederholter Untersuchung am andern Tag, wobei eine kleine Cervicalblutung sich ereignet, Kopfweh, Frösteln und eine Temperatursteigerung bis zu 39,7 ° ein. Local waren während des nun folgenden 5tägigen Fiebers die Zeichen einer Endometritis und leichter Peritonealreizung vorhanden. Eine durch die Digitaluntersuchung gesetzte Infection konnte in diesem Fall mit Sicherheit ausgeschlossen werden, es bleibt also nur die Annahme einer **Spätinfection,** ausgehend von noch im Uterus cavum vorhandenem septischem Material. Es waren, wiewohl am 2. Wochenbettstage Eihautfetzen abgingen. sicher noch minimale Gewebstheile von Decidua im Uterus zurückgeblieben, die, in dem stinkenden Lochialflusse verflüssigt, so lange ohne Nachtheil für den Organismus abgingen, bis die Verletzung des Cervix eine günstige Resorptionsstelle abgab. —

Was die **therapeutischen** Massnahmen anlangt, welche man gegenüber den Eihautretentionen im Allgemeinen beobachtet, so differiren ebenso sehr, wie die Ansichten über die Gefahr der zurückgebliebenen Theile, auch die Vorschläge zu ihrer Behandlung. Manche empfehlen die manuelle Entfernung der Reste gleich nach der Geburt, andere rathen eine expectative Behandlung an. Selbst Herr Professor Ahlfeld, der wiederholt der Gefährlichkeit retinirter Eihauttheile das Wort geredet hat, glaubt trotzdem, dass die Statistik, die er durch je

zweijährige Ausübung beider Methoden nach einander erlangt hat, zu Gunsten der abwartenden Behandlungsweise spräche und lässt diese zur Zeit bei Eihautretentionen durchgehends so lange eintreten, bis etwa gefahrdrohende Symptome sich zeigen. (Siehe Berichte u. Arb. aus d. Marb. geburtsh. Klinik, B. II., S. 137.)

Für **speciell bei Syphilis** vorkommende Deciduaretentionen jedoch möchten wir uns entschieden für die von Kaltenbach schon anempfohlene Behandlung erklären, **die manuelle Entfernung der Reste gleich post partum, oder, falls ein Eingehen aus Gründen nicht geboten scheint, die Darreichung von Secale, resp. Ergotin zur Beförderung der Ausstossung.** Denn einmal ist bekannt, dass bei Syphilis gerade besonders grosse Decidualtheile zurückbleiben und zweitens, dass bei dieser Dyskrasie, wie wir sahen, gerade häufig die restirenden Stücke hyperplastisch sind, zwei Factoren, die den Grad der zu erwartenden Infection sicher erhöhen würden. Auch unsere Fälle sprechen zu Gunsten dieses Verfahrens. In 2 Fällen wurden bald nach der Geburt Deciduareste manuell aus dem Uterus entfernt, und es kam in der That nur zu unbedeutenden Temperatursteigerungen, wenn wir von dem in dem einen Fall erfolgten „Spätfieber“ absehen.

Gerade an diesen Fall anknüpfend, wollen wir jedoch davor **warnen, die Manipulation der Entfernung der Eihautreste allzu brüsque auszuüben,** d. h. auf Kosten der granulirenden Uteruswand. Wenn auch direct nach der Geburt eine Läsion der Cervicalschleimhaut, wie wir sie in unserem Fall am 9. Wochenbettstage hervorbringen sahen, quasi ausgeschlossen scheint, so kann doch durch Forciren der manuellen Ausräumung die Schleimhaut des corpus uteri leicht zum Bluten gebracht und so eine für die Infection günstige Stelle geschaffen werden. Deswegen empfiehlt es sich bei sehr

adhaerenten flottirenden Eihautresten nach Ausräumen eines gewissen Quantums lieber von der vollständigen Evacuation, wenn man zu sehr Gewalt anwenden muss, abzustehen und dieselbe andern Tags zu vervollständigen, resp. Ergotingaben zur Unterstützung der Ablösung zu geben. —

Expectativ wurde von uns in Fall II und IV verfahren, und zwar aus dem Grunde, weil in dem einen am 2. Tage, im andern gleich nach der Geburt Deciduareste bei der Ausspülung abgingen. Der Erfolg war jedoch ein sehr verschiedener. Während in Fall II mit dem Abgang von Deciduafetzen am 2. Tage jede weitere Temperatursteigerung (es waren Abends vorher 38,6 °) aufhörte, trat in Fall IV, trotzdem prophylactisch Ergotin gegeben worden war, ziemlich hohes Fieber auf, das erst definitiv wich, nachdem am 6. Tag der erwähnte Polyp spontan abging. Daraus geht deutlich hervor, dass der letztere auch der Grund des Fiebers gewesen, zumal am 7. Tag eine förmliche Krisis eintrat (s. Curve).

Nach diesen Beobachtungen müssen wir uns der oben vorgezeichneten Therapie vollkommen anschliessen. Ist nach einer Geburt bei einer florid oder suspect syphilitischen Person die Diagnose auf Retention von Decidua gestellt, so müssen wir entweder die sofortige manuelle Entfernung der Reste vornehmen oder durch Ergotingaben die Elimination zu befördern suchen, falls uns ein momentanes Eingehen unmöglich ist. — Die Diagnose der Retention wird, abgesehen, dass die Anamnese Anhaltspunkte ergibt, aus der genaueren Inspection der Adnexen gestellt; am besten geschieht dies unter Wasser in einer hellen Schüssel aus Porzellan. Die Decidua hat das bekannte siebförmige Aussehen, hervorgerufen durch die erweiterten Lumina der Uterindrüsen, und ist bei syphilitischen Gebärenden, wo sie am häufigsten retinirt wird, gewöhnlich sehr verdickt.

Fehlt dieser characteristische Ueberzug der Decidua an irgend einer Stelle auf dem Chorion, dann hat die Diagnose der Retention keine Schwierigkeiten. Doch es ist häufig hervorgehoben, dass dieselbe nicht in allen Fällen so einfach ist; es bedarf bei getrenntem Abgang der Eihäute und bei zerreisslichem Chorion einer hinlänglichen Uebung, um die Diagnose rasch zu stellen, und es kommen gewiss derart zweifelhafte Fälle vor, in denen die sofortige Klarstellung durch Abtasten der Uterushöhle mittels der gut desinficirten Hand einer zuwartenden Behandlung vorzuziehen ist. —

Ich fasse den Zweck der Publikation meiner Fälle zum Schluss dahin zusammen:

„Bei Geburten syphilitischer Mütter muss der Arzt stets von vornherein darauf gefasst sein, dass Deciduatheile, auch wohl die ganze Decidua, in der Gebärmutterhöhle zurückbleiben. Diese Abnormität wird durch eine bindegewebige Verdickung und kleinzellige Infiltration der Decidua bedingt. Vom Credé'schen Handgriff hat man deshalb wiederholt abgerathen, weil bei der festeren Adhaerenz der Eihäute mit der Uteruswand die Retention unterstützt würde, und hat eine expectative Behandlung der Nachgeburtsperiode empfohlen. Doch die geborenen Eihäute sind vom Arzt einer genauen Inspection zu unterziehen, und im Falle einer Retention von Theilen der Decidua ist das oben empfohlene Verfahren von ihm zu beobachten." —

Zum Schlusse sei mir gestattet, meinen hochverehrten Lehrern, den Herren Professoren Ahlfeld und Marchand in Marburg, sowie den Herren Professoren Kaltenbach und Bostroem in Giessen für die mir bei meiner Arbeit gewährte Unterstützung an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Ich, Marcus Reiss, geboren am 11. Juni 1860 in Herbstein, Kreis Lauterbach, als Sohn des verstorbenen Kaufmanns S. Reiss daselbst, besuchte bis zu meinem 9. Lebensjahr die dortige Volksschule. Hierauf trat ich in die Realschule II. O. zu Alsfeld ein, welche ich Herbst 1875 mit dem Berechtigungsschein zum einjährigen Militärdienst verliess, um in das Gymnasium zu Darmstadt überzugehen. Hier bestand ich Herbst 1878 die Maturitätsprüfung und bezog darauf die Universität Giessen. Bereits zum Frühjahr 1879 siedelte ich jedoch nach Strassburg über, wo ich 6 Semester lang studirte und das Tentamen physicum bestand. Im Sommersemester 1882 befand ich mich wieder in Giessen, wo ich im darauffolgenden Wintersemester mich zum medicin. Staatsexamen meldete; die Approbation erhielt ich im Juli 1883. Während meiner Studienzeit genoss ich den Unterricht der Herren Prof. Eckhard, Will, Riegel, Marchand, Gaehtgens, Bose, Ahlfeld, v. Hippel in Giessen und der Herren Prof. Waldeyer, Joessel, Kussmaul, Lücke, Goltz, Kundt, Fittig, Stilling, v. Recklinghausen, Sonnenburg, Freund in Strassburg. Practicirt habe ich auf den Kliniken der Herren Prof. Freund, Kussmaul und Lücke in Strassburg und der Herren Prof. Riegel, Bose, v. Hippel und Ahlfeld in Giessen.